



**NULLA OSTA DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI
APPARTENENZA**

Il/La sottoscritt_____ responsabile del
_____autorizza il dipendente
Dott./Dott.ssa _____,..... a svolgere l'incarico per un periodo
di 30 giorni, nell'arco di (due) mesi, presso il Dipartimento di Scienze Chimiche, Biologiche,
Farmaceutiche e Ambientali, senza ulteriore richiesta di sostituzione dello/a stesso/a.

FIRMA E TIMBRO

.....